FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 8.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 6 janvier 1852,

Par David LUNA,

né à Guatemala (Amérique centrale).

DES

KYSTES FOLLICULAIRES DE LA MATRICE

ET

DES POLYPES UTÉRO-FOLLICULAIRES.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

—

1852

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. BÉRARD, DOYEN. MM.

Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD, Président.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	
Pathologie médicale	DUMÉRIL. REQUIN.
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN, Examinateur. PIORRY.
Clinique chirurgicale	ROUX. VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU, Examinateur.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DEPAUL.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.
GRISOLLE.

MM. GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY, Examinateur.
REGNAULD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA.
VOILLEMIER.
WURTZ.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES DE MON MALHEUREUX PÈRE,

JUAN J. LUNA.

A MON ONCLE

M. J. MARIANO RODRIGUEZ,

Licencié en Droit,
ancien Président de l'Assemblée Législative,
Ministre des Affaires étrangères de la République de Guatemala, etc.

J'ai un véritable bonheur à vous témoigner publiquement ma reconnaissance pour les offices de père que vous avez si généreusement remplis toujours auprès de ma famille. Ma thèse inaugurale vous revient de droit; c'est le premier fruit des sacrifices que je vous ai coûtés : daignez donc admettre cette dédicace, ne serait-ce que pour me permettre d'épancher le trop-plein de ma gratitude.

A MON EXCELLENTE MÈRE,

S^RA D^A FRANCISCA SOTO DE LUNA.

Je prie MM. les professeurs RICHARD, JARJAVAY, et C. ROBIN, ainsi que mon oncle M. le Dr José LUNA, de recevoir mes remercîments pour la bienveillance avec laquelle ils m'ont guidé dans mes études.

DES

KYSTES FOLLICULAIRES DE LA MATRICE

ET

DES POLYPES UTÉRO-FOLLICULAIRES.

Vérité dans la science, moralité dans l'art.
(Société de Chirurgie de Paris.)

Il y a très-peu de temps que l'attention des chirurgiens s'est portée sur une sorte particulière de kystes et de polypes de l'utérus, qui, bien qu'observée depuis longtemps, n'a été décrite en France comme une espèce à part, ni connue sa nature, que jusqu'aux travaux de M. Huguier, qui a, dans ses intéressants mémoires, donné l'éveil sur ces produits morbides. Leur nature et leur mode de formation si curieux, leur pronostic relativement si peu grave, leur diagnostic si important à connaître, leur traitement si innocent, si efficace, tout, dans leur histoire, m'a paru plein d'intérêt. D'un autre côté, la bienveillance de M. Jarjavay, auquel je dois tant de renseignements, et la bonté de M. Charles Robin, qui m'a fourni de si bonnes remarques, m'ont enhardi pour faire de cette matière le sujet de ma thèse.

La connaissance de la structure du col de l'utérus (seul siége de cette sorte de kystes et de polypes) étant indispensable pour bien suivre ce travail, je vais la rappeler en peu de mots.

On sait que le col de l'utérus est formé par une couche de fibres

musculaires circulaires, pâles (comme celles des muscles de la vie organique auxquels elles appartiennent), unies par une matière amorphe, dense, même pendant la grossesse. Ces fibres forment la charpente du col, qui est doublée par une membrane muqueuse à épithélium moins régulier que celui du corps, tapissé extérieurement, dans les trois quarts supérieurs de sa hauteur, par le péritoine, nourri par l'artère utérine, branche de l'hypogastrique, qui dégorge dans la veine du même nom, et contenant des lymphatiques qui se rendent aux ganglions hypogastriques, groupe des ganglions pelviens, et des nerfs qui proviennent du plexus hypogastrique. Quant au tissu érectile que M. Forget signale sous la muqueuse vaginale du col (Thèses de Paris, 1849, n° 109), il n'existe que dans l'imagination de cet auteur, qui voulait trouver, avec une sorte de complaisance, une analogie de structure et de fonctions entre le museau de tanche et le gland pénien, analogie qu'il est loin d'avoir démontrée.

La membrane muqueuse, qui nous intéresse particulièrement, est composée : *A*. d'un épithélium, *B*. d'un tissu propre (1).

A. Les cellules qui forment l'épithélium sont en général coniques, pourvues de cils vibratiles dans plus de la moitié supérieure du col, et présentent une foule de variétés de forme sur le museau de tanche, où elles forment la transition entre l'épithélium cylindrique de l'utérus et le pavimenteux du vagin.

B. Le tissu propre se compose : 1° d'éléments fibro-plastiques qui ont des fibres fusiformes et des noyaux plus allongés que ceux du corps de l'utérus, et qui entrent pour moitié environ dans la formation de la muqueuse ; 2° de fibres de tissu cellulaire ; 3° de fibres dartoïques (C. Robin) ou de noyau (Henle) ; 4° de vaisseaux capillaires très-fins ; 5° de glandules qui n'existent qu'au col de l'utérus

---

(1) Voyez, pour bien suivre cette description, la planche 1re, et son explication page 37.

(œufs de Naboth) ; enfin d'une matière amorphe, unissante, tenace, qui rend difficile la préparation des éléments de cette membrane.

Les glandules étant de la plus haute importance pour mon sujet, je vais les décrire avec détail. Comme je l'ai dit, elles appartiennent exclusivement à la muqueuse du col, et siégent depuis la limite cervico-utérine jusques et y compris le museau de tanche. On y aperçoit de petits orifices ordinairement arrondis, d'autres fois sous la forme d'une petite fente qui se cache entre les plus petits plis de l'arbre de vie, orifices qui conduisent à un petit tube cylindrique terminé en cul-de-sac simple ou lobé, plus ou moins renflé, enchâssé dans la membrane muqueuse, et un peu aussi dans les fibres musculaires. Ces petits tubes sont les follicules que nous étudions, et dont la grandeur, qui augmente dans la grossesse, est de 1 millimètre de haut sur un 8e de millimètre de diamètre. Quand leur orifice se rétrécit ou s'oblitère, et que la matière sécrétée s'accumule dans la glande, celle-ci se renfle plus ou moins, et constitue ce qu'on a décrit sous le nom d'*œufs de Naboth*, qui ont la même structure que les follicules ouverts, structure dont nous allons nous occuper.

Leurs parois, relativement très-épaisses, sont composées d'éléments fibro-plastiques, de peu de tissu cellulaire, de vaisseaux capillaires très-déliés, et d'une membrane intérieure amorphe, tapissée par un épithélium cylindrique à cellules moitié plus petites que celles de l'épithélium de la muqueuse du col, très-régulièrement rangées les unes à côté des autres, et déformées symétriquement par leur pression mutuelle, de manière qu'elles donnent à la surface de la membrane l'aspect d'une jolie mosaïque. Ces cellules ont un petit noyau, et quelques-unes sont garnies de cils vibratiles très-déliés.

M. Robin a démontré, dans ses *Tableaux anatomiques*, que les épithéliums nucléaires peuvent, dans les hypertrophies glandulaires, passer, par simple métamorphose, à l'état d'épithélium pavimenteux. Cela arrive aussi pour les glandules de Naboth, et était parti-

culièrement très-évident dans la pièce de l'observation 10, pièce que nous avons examinée, M. Robin et moi.

Ces follicules sont chargés de la sécrétion d'un liquide transparent, tenace et homogène, fourni en petite quantité hors l'état de gestation, formant, pendant la grossesse, le *bouchon gélatineux*, comme on peut s'en convaincre, avec M. Huguier, en soulevant doucement ce bouchon, puisqu'on observe une foule de tractus s'introduisant dans les orifices glandulaires déjà décrits.

M. Forget (loc. cit.) s'attache à démontrer que la muqueuse du col sécrète un peu de mucus hors de la grossesse, contrairement à l'opinion de M. Robin, dit-il, qui ne voit de sécrétion dans cette membrane qu'à l'état pathologique ou de gestation. M. Forget a pris trop à la lettre l'expression de M. Robin, qui, par inadvertance (communication orale), a écrit *ne sécrète rien*, au lieu de *presque rien;* c'est ce qui est vrai. M. Forget s'étonne de voir un organe condamné à l'inaction pendant si longtemps dans un appareil où tout est vie et mouvement ; mais n'est-ce pas là le caractère de l'appareil générateur ? où est la continuité d'action de la mamelle, de l'utérus lui-même ?

Quand on écrase une glandule ou œuf de Naboth, on trouve un mucus qui contient en suspension : 1° des cellules épithéliales, dont nous parlons plus haut ; 2° des globules ovoïdes, semblables à des noyaux fibro-plastiques, auxquels peut-être ils se rapportent ; 3° des globules volumineux, analogues aux *globules granuleux* de l'inflammation (dont ils diffèrent par une plus grande netteté et la pâleur de leurs bords), constitués par des granulations moléculaires unies par une substance transparente, amorphe ; 4° des petits globules à contours rugueux, contenant de 5 à 8 granulations grisâtres, et différant des globules du pus par le volume et par l'action de l'acide acétique, qui ne fait que rendre la masse plus transparente et plus visibles les granulations. Les caractères si tranchés de ce mucus pourraient indiquer sa source dans des cas douteux.

Tous les détails précédents ont été présentés par M. C. Robin,

dans l'intéressant mémoire lu à la Société philomatique, en mars 1848, et publié dans les *Archives gén. de méd.* Je me suis aussi beaucoup éclairé, en lisant la remarquable thèse de mon ami M. A. Richard (thèse de Paris, mai 1848).

Après ces préliminaires obligés, je vais traiter, dans un même chapitre, des kystes et des polypes ; car ils ne sont que deux variétés de la même maladie (hypertrophie de quelques tissus du col utérin), et ils se rencontrent quelquefois sur le même sujet, comme le montre la figure 1, planche 2. Je vais commencer par leur anatomie pathologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Comme nous allons voir, et comme nous avons déjà laissé sentir, ces productions, n'étant que l'hypertrophie des follicules du col et des parties qui les entourent, siégent exclusivement dans cette partie de l'utérus, depuis la limite cervico-utérine jusque y comprises les lèvres du museau de tanche. Elles sont situées très-superficiellement, et font saillie dans la cavité du col, si elles ne rencontrent pas d'obstacle dans leur développement vers cette cavité ; mais elles sont plus ou moins profondément placées, si gênées dans leur accroissement vers cette partie, elles envahissent le sein même des parois de l'utérus : alors elles se coiffent d'une couche des fibres musculaires utérines, qui peut s'hypertrophier considérablement, et cacher le follicule malade. Celles de ces productions qui sont libres peuvent se diriger, en se développant, vers la cavité du vagin, ce qui est le cas le plus ordinaire ; ou se porter en haut, occupant une partie de la cavité de l'utérus, ce qui amène des variétés dans les symptômes, pronostic et traitement d'une affection qui pourtant n'a pas changé de nature.

Leur nombre varie : quand ces produits morbides sont implantés sur le museau de tanche, il n'y a ordinairement qu'un ; mais, quand

ils se développent dans la cavité cervicale, ils sont communément plus nombreux; je ne compte pas ici ni ces kystes secondaires, ni ces petits polypes qui sont entés, pour ainsi dire, sur le kyste, ou polype mère (pl. 2, fig. 1, *B*).

Leur grandeur et leur forme varient beaucoup; depuis l'œuf de Naboth, qu'on doit considérer comme un kyste presque physiologique, puisqu'il se rencontre si souvent sans entraver notablement les fonctions du follicule, jusqu'à une grosseur qui dépasse celle de l'utérus vide, et fait sortir le produit morbide, au delà de la vulve, on trouve bien des différences. Ces produits sont ordinairement pédiculés, quand ils sont situés superficiellement, et qui par conséquent n'empiètent pas beaucoup sur les parois du col utérin; dans les cas contraires, entourés par une forte couche de tissu musculaire, ils ont une base large, et deviennent sessiles (pl. 2, fig. 4). Quelquefois un seul follicule se développe régulièrement et ressemble à une figue (fig. 1, pl. 3), à une cloche, quand l'orifice de la glandule, loin de s'oblitérer, se dilate. (pl. 2, fig. 3, etc.); d'autres fois, plusieurs follicules hypertrophiés diversement, et diversement comprimés par les parois du vagin ou de l'utérus, prennent un aspect irrégulier (pl. 2, fig. 1).

Les kystes sont nécessairement creux, à une ou plusieurs loges, selon le nombre des follicules qui s'hypertrophient côte à côte. Quelques polypes sont pleins, d'autres sont creux, de même que les kystes, dont ils ne diffèrent que par leur développement en dehors du sein des tissus de l'utérus. Plusieurs de ces productions, en se développant, emportent dans leurs parois d'autres follicules, qui, en s'hypertrophiant à leur tour, donnent à ses parois un aspect bosselé, ce qui a porté M. Huguier à les comparer avec beaucoup de justesse à l'ovaire; quand elles sont criblées des orifices des glandules, elles ressemblent beaucoup plus aux amygdales, qui présentent, comme on sait, cette singulière disposition qui en fait un amas de follicules.

Ces productions diffèrent entre elles par leur structure. Celles

qui sont creuses sont composées : *A*. Les superficielles : 1° D'une membrane interne, douce au toucher, lisse, luisante, très-vasculaire, formée par des fibres, du tissu cellulaire, et des capillaires très-fins; 2° d'une autre extérieure, cellulaire, pourvue de fibres dartoïques, plus épaisse que l'intérieure, et assez forte pour les tumeurs qui se produisent hors de la cavité du col. *B*. Celles qui sont enclavées dans le sein des parois de l'utérus ont, outre ces deux membranes, une couche de tissu utérin, et toutes sont revêtues par la muqueuse de l'utérus, qui se prête au développement des follicules tout à fait de la même manière que la peau qui recouvre les stéatômes, auxquels ces produits ressemblent sous le rapport de leur organisation générale, de leur étiologie, et de leur mode de formation. Nous avons fait observer que cette muqueuse s'hypertrophie à son tour, et donne aux parois de la tumeur cet aspect glanduleux, luisant, criblé de petites ouvertures, arrondies ou en fente, qui ne sont autre chose que les orifices des glandules de Naboth (pl. 2, fig. 2).

Ces différences d'organisation des tumeurs creuses donnent l'explication de leurs différences d'aspect et de consistance : celles qui sont profondément placées sont ordinairement sessiles, rondes, opaques, rouges, résistantes, élastiques; les superficielles, pédiculées, ovalaires, transparentes au moins en partie, pâles ou gris-perle, molles, fluctuantes; et les qualités de ces dernières sont d'autant plus marquées qu'elles naissent plus haut dans le col utérin, car les parois de cet organe sont beaucoup moins fermes dans la partie supérieure que dans l'inférieure... on sait combien sont dures, comment crient sous le scalpel, les lèvres du museau de tanche. Les éléments anatomiques de ces tumeurs sont les mêmes que ceux qu'on trouve au col utérin à l'état normal, et je craindrais de me répéter en insistant davantage sur ce point.

Quant aux polypes pleins (j'entends parler seulement de ceux dont je m'occupe), ils diffèrent des productions que nous venons d'examiner par leur forme irrégulière, leur opacité complète, leur couleur jaunâtre ou légèrement rosée, leur consistance plus grande, et

par leur structure, puisqu'ils sont composés principalement par une masse fibreuse, criant sous l'ongle, analogue au tissu de l'utérus, dont elle renferme les éléments anatomiques, ou recelant dans leur intérieur un pédicule de véritable tissu fibreux. M. Robin croit qu'il n'y a pas de polype utéro-folliculaire sans cette disposition (communication orale). Cette masse est recouverte par la muqueuse hypertrophiée en tout ou en partie (ce qui fait leur caractère distinctif), et porte, par conséquent, un ou plusieurs kystes ou polypes plus ou moins développés et tout à fait identiques à ceux que nous avons décrits plus haut, ayant toujours présente à l'esprit l'excellente description de M. Huguier, et sous les yeux les pièces des observations nouvellles que je présente, et que je dois à la bienveillante amitié de M. Jarjavay.

M. Robin donne une si belle description (loc. cit.) d'un polype de cette espèce enlevé par M. Malgaigne, que je ne peux pas résister au désir de la transcrire en entier. « Ce polype est ovoïde, environ du volume d'un œuf de pigeon ; sa surface est assez régulière, un peu bosselée, et présente d'un côté un petit prolongement conique, de 1 centimètre environ de longueur, ayant à peu près le volume de l'extrémité du petit doigt, dont la base se fond sensiblement avec le reste de la tumeur : c'est le reste du pédicule. Sa consistance est assez grande ; elle a à peu près celle des parois utérines un peu ramollies. A l'intérieur, il est d'un gris rosé comme aréolaire ; il en est de même dans les points où se trouve détachée une couche molle, demi-transparente, grisâtre, épaisse d'un demi-millimètre, qui le recouvre dans le reste de son étendue. Là où elle existe encore, il est lisse ; mais cette couche se laisse facilement détacher avec le manche du scalpel. Le tissu du polype est assez élastique, pris en masse; il ne se laisse pas facilement déchirer avec l'ongle. Une coupe de la tumeur permet de constater que le pédicule, qui est plus dense que la surface, est d'un blanc grisâtre, d'aspect et de consistance fibreuse, se prolonge dans l'épaisseur du produit pathologique, et s'y divise presque immédiatement en trois ou quatre branches, qui elles-mêmes présentent plusieurs petits rameaux fibreux blanchâtres

qui se dessinent sur le fond gris rosé du reste de la tumeur, à peu près comme les branches de l'arbre de vie du cervelet. Le pédicule et ses branches sont entièrement composés de tissu fibreux de texture très-serrée. Le tissu qui remplit les intervalles des ramifications fibreuses du pédicule et noyau fibreux central de la tumeur a le même aspect que nous avons signalé pour la surface du polype ; il diminue d'épaisseur au voisinage du pédicule saillant, et cesse au niveau de la section seulement, point où il se continuait probablement avec la muqueuse du col. La couleur, d'aspect feutrée, homogène de ce tissu, le fait ressembler au tissu de la muqueuse utérine dans les trois premiers mois de la grossesse; il est seulement plus dense, moins friable. En même temps, il est creusé de petites cavités arrondies, variant de volume depuis celui d'une graine de pavot jusqu'à celui d'un grain de chènevis. Ces cavités sont remplies d'un liquide visqueux, tenace, demi-transparent, qui renferme tous les éléments que nous avons signalés dans les œufs de Naboth. Deux cavités, du volume d'un pois, contenaient un liquide analogue, mais moins visqueux, d'un brun rouge sanguinolent; il renfermait en suspension les mêmes éléments que les précédents, et de plus, beaucoup de globules sanguins plus ou moins altérés. En raclant la face interne de ces cavités, on trouve dans le liquide qu'on obtient ainsi des lambeaux d'épithélium, en tous points semblables à ceux que nous avons signalés dans les follicules de Naboth, sauf le volume des cellules, qui est un peu augmenté, comme dans la grosssese. Toutes les portions du tissu gris rosé qui forme la surface de la tumeur, et s'enfoncent jusqu'à 8 ou 12 millimètres entre les ramifications fibreuses du pédicule, sont formées d'éléments fibro-plastiques, modifiés comme pendant la grossesse, mais à un degré un peu moindre, c'est-à-dire de tissu cellulaire, de matière amorphe et des granulations moléculaires très-abondantes. En outre, il renferme une très-grande quantité de follicules de Naboth, plus ou moins hypertrophiés et déformés, mais toujours reconnaissables par la couche d'épithélium très-régulier, à cellules cylindriques, de

petit volume, identique à celui qui tapisse leurs parois. Quelle que soit la portion de ce tissu qu'on prenne, on entraîne toujours un ou plusieurs follicules ou des lambeaux de leurs parois, qu'on reconnaît facilement sous le microscope, lorsqu'on les a déjà étudiées à l'état sain. La mince couche pseudomembraneuse qui recouvre la tumeur et se détache çà et là à sa surface, est composée des lambeaux d'épithélium et d'une matière fibroïde finement granuleuse, d'aspect pseudomembraneux. » Puis ce jeune savant continue, en nous éclairant sur la nature de ce polype. « L'anatomie normale nous rend compte facilement de la composition et de la texture de ce polype, qui, sans ce guide, paraîtrait des plus singuliers. C'est évidemment un polype fibreux qui, ici, est développé sous la muqueuse, l'a soulevée, en a déterminé l'hypertrophie, s'en est enveloppé, et en même temps a envoyé des prolongements dans son épaisseur. En outre, la présence de cette muqueuse hypertrophiée, d'aspect gris rosé, feutré, des glandes du col exclusivement, sans glandes tubuleuses du corps, faciles à distinguer les unes des autres par leur structure, nous montre que ce polype a pris son point de départ dans les parois du col. »

Ce qui donne l'aspect luisant et humide à toutes ces tumeurs est le liquide sécrété par les follicules de Naboth, augmenté dans ce cas par l'hypertrophie du follicule et sa surexcitation. Ce liquide, examiné par MM. Robin et Huguier (loc. cit.), a été trouvé, par ces habiles observateurs, semblable à celui qui est sécrété à l'état physiologique : albumineux, onctueux, très-filant, transparent, quelquefois un peu opalin, toujours alcalin quand il n'est pas mêlé aux mucosités vaginales, et tenant en suspension les mêmes éléments anatomiques (voy. plus haut, p. 1re). Le contenu de quelques tumeurs tout à fait closes et petites est une masse solide, transparente, s'écrasant facilement, pouvant s'enlever d'une seule pièce, quand on déchire avec précaution le follicule hypertrophié, revêtu d'une couche demi-liquide, formée par d'autres petites masses, et semblables au cristallin dépourvu de sa capsule.

Le tissu utérin et la membrane muqueuse sont ordinairement rouges et injectés, le col hypertrophié et enflammé. Il n'est pas rare de trouver, avec l'affection que nous décrivons, d'autres lésions de l'utérus ou de ses annexes, qui peut-être se rattachent à elle sous le rapport de l'étiologie. Ces lésions sont très-variables ; nous verrons dans les observations que je cite plus bas, qu'elles peuvent être des kystes d'une autre espèce, des corps fibreux, des maladies des ovaires ou des ligaments larges, etc. etc. Je ne parle pas des vices syphilitiques, tuberculeux ou autres, parce que je considère ces cas comme des simples coïncidences. Dans l'un et l'autre cas, ces complications sortent tout à fait de mon sujet, et, pour cela, je me borne simplement à les signaler.

Cet article était déjà écrit, quand j'ai pu prendre les détails suivants à une leçon de M. Robin, dans le remarquable cours qu'il fait d'anatomie générale, normale et pathologique. Je laisse de côté mille faits intéressants sans doute, mais qui ne rentrent pas aussi directement dans mon sujet, pour exposer ce qu'il y a de plus indispensable. Outre l'hypertrophie avec dilatation simple des glandes ; outre l'hypertrophie de ces glandes et du tissu qui les environne, il y en a une troisième, qui diffère complétement des deux premières, c'est l'hypertrophie de l'épithélium, avec, en même temps, hypertrophie du follicule tout entier, et, à la longue, avec résorption, atrophie des parois de la glande, et alors formation d'épithélium en dehors de la glande même, dans le tissu du col utérin. C'est là l'origine et le mode d'apparition d'une des variétés de *cancroïde* du col utérin ; c'est d'une manière analogue, par hypertrophie des glandes sébacées de la peau de la face, du cuir chevelu, que se développe le cancroïde de ces régions, qui constitue l'espèce de tumeur épidermique la plus grave par la rapidité de son extension et de l'envahissement des tissus voisins, osseux ou non ; extension qui ne fait que s'accroître de plus en plus vite, quand s'est ulcérée la production morbide : ceci s'applique aussi bien aux tumeurs épidermiques qu'à celles qui ont pour origine cette troisième variété

d'hypertrophie. Dans cette dernière, la matière sécrétée par les glandes change de caractère ; ce n'est plus un liquide visqueux, c'est une matière demi-liquide, grisâtre, qui suinte de la surface de la tumeur. Quand on vient à comprimer celle-ci, on peut, par le microscope, s'assurer que cette matière vient des conduits glandulaires ; à moins que la maladie n'ait pris tout à fait l'aspect cancroïde (et même très-souvent dans ce cas-là), cette matière suinte par places, sort par des orifices nettement limités, et non pas à toute la surface du tissu, comme dans l'encéphaloïde. Je n'ai pas vu un seul cas de cette variété si intéressante.

Avant de passer outre, je vais retracer rapidement les observations connues jusqu'aujourd'hui, qui sont rapportées à l'affection que j'étudie. J'écrirai ensuite avec détail les observations nouvelles que je présente, et, avec ces matériaux, je tâcherai de faire l'histoire de cette maladie.

I[re] Observation (M. Huguier, *Mém. de la Société de chirurgie de Paris*, t. 1[er]). — Une domestique de trente et un ans eut des engorgements tuberculeux à l'aine après six mois d'un accouchement, et une leucorrhée qui donnait un liquide blanc d'œuf ; elle n'a jamais eu de signes de syphilis ; la vulve est saine, de même que le vagin, qui ne présente que des plaques violacées non douloureuses, et les follicules supérieurs un peu développés ; le col, à dimensions normales, est légèrement ramolli. Des cavernes sont constatées aux poumons, une diarrhée survient, et la malade meurt. A l'autopsie, on trouve les follicules du museau de tanche hypertrophiés, transparents, rosés, avec un léger relief ; ceux de la cavité du col sont gros, luisants, gris-perle, de véritables kystes enfin, avec une crête rosée, et tous ont une petite ouverture, et sont composés de deux membranes, celle du follicule et la muqueuse utérine : ils contiennent le mucus de la leucorrhée.

IIe Observation (M. Huguier, loc. cit.). — Une femme délicate, âgée de vingt-quatre ans, coloriste, lymphatico-nerveuse, portant des traces de ganglions lymphatiques scrofuleux, voit paraître ses règles à dix-huit ans, les a toutes les trois semaines, et durent huit jours ; ses premiers rapports sexuels ont eu lieu à vingt-deux ans, et elle a eu un enfant. Peu de temps après, elle gagne une blennorrhagie, des chancres, et a une syphilide ; sous l'influence d'un traitement approprié, la blennorrhagie dégénère en leucorrhée, les chancres et la syphilide disparaissent ; mais elle conserve encore un polype fongueux à l'entrée de l'urèthre. Il survient des métrorrhagies peu abondantes, qui reviennent souvent, et affaiblissent la malade. Examinée au speculum, on voit, sur le bord postérieur du museau, un kyste de la grosseur et forme d'une noisette, rouge violacé, mou sans fluctuation, résistant, élastique, et qui, comprimé, laisse échapper, comme l'utérus, un liquide filant et sanguinolent. On fait l'ablation de la tumeur d'un coup de ciseau ; elle avait la même structure que celle de l'observation précédente, plus une couche de tissu utérin entre la muqueuse de l'utérus et celle du kyste : on excise le polype de l'urèthre, et, après quelques jours de fièvre, de douleur aux ligaments larges et aux ovaires, l'écoulement cesse, la guérison complète a lieu, et il ne reste à la place de la tumeur du col qu'une dépression blanche.

IIIe Observation (M. Huguier, loc. cit.). — Il s'agit ici d'une cuisinière de forte constitution, âgée de quarante-deux ans, affectée depuis longtemps de profonds chagrins, et d'une santé depuis lors très-dérangée. Mariée à vingt-quatre ans, elle a eu deux enfants ; et, quelques années après, des pertes abondantes sans douleur, un œdème général, des étouffements et des palpitations. Le médecin qui vit alors cette dame crut convenable de cautériser avec le nitrate d'argent une tumeur qu'il trouva au col de l'utérus, et cinq jours plus tard, la malade se plaignant de douleurs au bas-ventre et à l'aine droite, ne pouvant pas se redresser, ce médecin envoya la malade à M. Mi-

chon, qui la vit anémique, avec une ascite considérable, privée de sommeil et d'appétit. Elle meurt d'une syncope avant qu'on ait eu le temps de lui faire quelque chose, et à l'autopsie on trouve un utérus très-développé, surtout au col, qui se laisse pénétrer du doigt, et a des vaisseaux fort hypertrophiés; fendu, on voit la cavité recelant un corps fibreux dans ses parois, et ayant des follicules sains; l'orifice cervico-utérin presque bouché par un kyste de 7 lignes $1/2$; onze autres sont dans la cavité cervicale, et ont un volume qui varie depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'un pois; un autre, de la forme et grosseur d'une olive, gris-perle, ferme, fait saillie dans le vagin. Tous sont moitié libres, moitié enfoncés dans les parois du col, ont une structure et un liquide semblable à celui dont on parle dans les observations antérieures. L'utérus porte aussi des kystes séreux sous-péritonéaux; le ligament large en a sept; l'ovaire gauche, deux, et une trompe utérine est oblitérée.

IV[e] Observation (M. Huguier, loc. cit.). — Une femme, de bonne constitution, de tempérament sanguin, marchande des quatre-saisons, est réglée à dix-huit ans, irrégulièrement d'abord, puis très-régulièrement et abondamment; ses premiers rapports sexuels furent à dix-neuf ans; elle a eu trois enfants. Il y a trois ans, ses règles devinrent fréquentes; elle eut une blennorrhagie avec des cuissons au vagin, et des ulcérations dont elle guérit par la cautérisation. Depuis deux ans, elle avait des tiraillements aux aines, des douleurs aux lombes et en dedans des cuisses; ses règles étaient toujours très-abondantes, irrégulières et fréquentes. Il y a deux mois, elle eut des véritables pertes et un catarrhe utérin, qui donnait un mucus purulent très-adhérent; le col était volumineux, et son orifice mou et sensible. Par le toucher, on sent, dans l'utérus, un corps renflé, douloureux, le col dilaté. Au moyen du dilatateur à deux valves de M. Huguier, on perçoit une tumeur sessile, arrondie, grosse comme une noisette, polie, rouge, dure et élastique; on excise et on cautérise la tumeur, qui donne un liquide épais, filant,

et laisse à sa place une dépression cupuliforme. La malade a peu de fièvre, très-peu de douleur, et ne perd presque pas de sang; elle conserve un écoulement séro-sanguinolent et une légère hypertrophie de l'utérus; quelques jours après, elle a ses règles sans accident, et tout rentre dans l'ordre.

Ve OBSERVATION (M. Huguier, loc. cit.) — Mme la marquise de ***, robuste, âgée de cinquante ans, a eu deux enfants, et a été toujours très-bien réglée. Depuis quatorze mois, elle perd peu, mais souvent et irrégulièrement, et elle a un écoulement séro-sanguinolent. Examinée de plus près, on distingue au col de l'utérus, une tumeur lisse, comme un œuf de pigeon, sessile, à fluctuation obscure, indolente. On opère des tractions sur cette tumeur; elle crève et donne un liquide blanc d'œuf; on excise les lambeaux, il s'écoule peu de sang, et la malade a peu de douleur. La guérison a lieu tout de suite; mais la matrice reste développée, les lèvres du museau sont bosselées, et il reste un léger écoulement blanchâtre.

VIe OBSERVATION (M. Huguier, loc. cit.). — Madame de ..., d'une bonne constitution, déjà âgée, a eu dix enfants. Il y a plusieurs années qu'elle a ses règles irrégulières, avec leucorrhée abondante, avec mal à l'hypogastre, aux organes génitaux et aux aines. Elle présente, à la lèvre antérieure du museau de tanche, une tumeur sessile, ferme, élastique, non douloureuse, de la même couleur que les parties environnantes, qui sont à l'état naturel, sillonnées par des veines dilatées et bleuâtres. Cette dernière circonstance faisant craindre une dégénérescence, on cautérise avec le fer rouge; la tumeur éclate, et il s'en écoule un liquide albumineux et consistant : on fait l'excision des lambeaux, et la guérison complète s'établit immédiatement.

VIIe OBSERVATION (due à l'obligeance de M. Jarjavay). — Madame ***, âgée de cinquante-cinq ans, mère de deux enfants,

dont le premier était âgé de vingt-huit ans, s'était habituellement bien portée ; elle n'avait pas eu d'hémorrhagie ni de leucorrhée. Depuis neuf mois environ, elle avait des écoulements sanguinolents qu'elle avait pris pour le retour de ses règles ; elle avait cessé d'être réglée depuis huit ans. Dans l'intervalle de ces écoulements sanguinolents, qui apparaissaient à des époques irrégulières, des flueurs blanches abondantes fatiguaient la malade. Peu à peu les forces avaient diminué, un amaigrissement prononcé avait compliqué tous ces accidents.

Le 3 septembre, on constate l'état suivant : face pâle, perte d'appétit, digestions pénibles, constipation. Le pouls est faible ; le moindre exercice amène de la fatigue. Des flueurs blanches s'écoulent tous les jours abondamment ; elles sont blanchâtres, et ressemblent souvent à de l'albumine non coagulée. Au toucher, on sent une tumeur qui flotte dans le vagin selon l'impulsion du doigt : elle est plus volumineuse à sa partie inférieure qu'à la supérieure, où il est aisé de constater un long pédicule ; celui-ci s'implante sur la lèvre postérieure du col, en dedans de sa cavité : à côté de ce pédicule, sont d'autres tumeurs arrondies. L'examen au speculum confirme toutes les données du toucher : les tumeurs arrondies sont des kystes ; ceux-ci sont petits, au nombre de deux. La lèvre postérieure est tuméfiée.

Le 6 septembre, l'ablation du polype est pratiquée au moyen d'une incision faite avec le bistouri boutonné sur un point élevé du pédicule ; les kystes sont ouverts et écrasés avec le doigt. Il ne s'écoule qu'une très-faible quantité de sang. — Repos au lit, potion diacodée ; des bouillons.

Le 7, la malade est dans un état satisfaisant : on permet un peu de nourriture.

Dans les autres jours qui suivent, rien qui mérite d'être noté, sinon la disparition de l'écoulement sanguin, qui cesse dès le troisième jour, et un peu d'insomnie. La malade put se lever le huitième jour et vaquer à ses occupations. Un léger écoulement blan-

châtre, qui avait succédé à l'écoulement sanguin, avait complètement cessé quinze jours après l'opération.

Examen du polype (voyez pl. 2, fig. 2). Le polype a la forme d'un battant de cloche : le pédicule est plein. Il a une couleur blanc rosé; on voit des vaisseaux longs et grêles, sans flexuosités, sur la partie périphérique. Sur la partie renflée, sont des orifices sous forme de fentes, qui conduisent dans des cavités tubuliformes terminées en cul-de-sac : il existe une cavité centrale plus grande que les autres ; toutes sont remplies d'un mucus gélatineux, transparent, qui ressemble assez bien à de l'albumine non coagulée. La consistance de la masse morbide est molle : la pression fait suinter par les ouvertures indiquées des flocons de mucus. Dans l'intervalle des cavités est un tissu d'un blanc rosé, analogue au tissu propre de l'utérus.

VIIIe OBSERVATION. — Le 6 du mois de juillet 1851, M. Jarjavay, chargé du service des hernies au Bureau central des hôpitaux, fut consulté par P. R., femme de peine, affectée depuis six ans d'une hernie inguinale gauche; elle ne demandait qu'un bandage, celui qu'elle portait s'étant cassé il y avait trois mois. Cet accident lui causait, disait-elle, tout le mal dont elle se plaignait, et que nous rattacherons tout à l'heure à sa véritable cause.

Cette dame, âgée de cinquante-trois ans, d'un tempérament sanguino-nerveux, a eu autrefois des attaques d'hystérie après sa première couche, attaques qui disparurent après la seconde, c'est-à-dire trois ans après. L'apparition des règles, qui eut lieu à seize ans, fut plutôt une forte perte qu'un commencement de menstruation, puisqu'après avoir coulé abondamment, elles disparurent pour ne revenir qu'un an après. Elles ont été toujours irrégulières, abondantes, et de longue durée ayant constamment un caractère de perte, puisque cette femme nous assure avoir été jusqu'à six mois sans manquer un seul jour de voir son sang. Elle s'est mariée à trente-trois ans, et elle n'est devenue enceinte qu'à trente-six ; elle a eu quatre enfants dans dix ans, et toutes ses grossesses ont été sans accident : la gestation était

pour elle le seul hémostatique efficace... jamais, à cette époque, elle n'a perdu une seule goutte de sang, et habituée à des métrorrhagies continuelles, elle se sentait alors très-essoufflée, ce qui l'a porté à se faire saigner très-souvent; ses couches et leurs suites étaient excellentes, malgré les pertes abondantes qu'elle faisait alors. Vers l'âge de quarante-cinq ans, les pertes devinrent moins fortes et plus irrégulières.

A l'exception de ces pertes (devenues, comme j'ai dit, moins fortes), rien n'a altéré sa santé; la hernie qu'elle porte, bien contenue, ne la gênait pas extrêmement; elle travaillait beaucoup, tout paraissait bien marcher, quand, il y a trois mois, elle sentit les métrorrhagies redevenir abondantes; une forte leucorrhée donnait un liquide légèrement jaunâtre, très-filant, comme du blanc d'œuf; en même temps qu'une excroissance sortit de la vulve, excroissance non douloureuse, mais gênante. Les pertes sanguines et muqueuses affaiblirent la malade au point de lui donner des éblouissements, de légères syncopes; mais elle conservait l'appétit et ne souffrait nulle part. La malade rattachait tout cela à sa hernie, qui n'était plus contenue; c'est dans cet état qu'elle se présenta au Bureau central pour demander un bandage. M. Jarjavay, qui soupçonna de suite quelle était la cause des accidents, constata par le toucher la présence d'un polype utérin dans le vagin; près de ce polype, il y en avait un autre d'un volume moindre, légèrement pédiculé. Ces deux excroissances avaient allongé la lèvre postérieure de la matrice, laquelle supportait les deux pédicules. Une opération fut proposée, et l'ablation de la tumeur pratiquée le surlendemain, au moyen d'une incision faite avec un bistouri boutonné sur la lèvre postérieure. Un écoulement de sang assez grand suivit cette incision; cependant il ne nécessita aucun moyen hémostatique, car il s'arrêta au bout de dix minutes environ. — Repos dans la position horizontale, potion diacodée; diète.

Dès le lendemain de l'opération, la malade allait bien; elle a pu prendre des potages. L'écoulement était sanguinolent, mais peu ce-

pendant. Au bout de huit jours, cette femme a repris ses occupations pénibles. La marche de la guérison a été très-rapide et s'est faite sans accidents. Nous avons revu la malade, trois mois après l'opération, et le succès s'était constamment maintenu comme dans les premiers jours où elle s'est levée.

Examen du polype (voyez planche 2, figure 1). Le pédicule est épais et plein, constitué par des fibres d'un blanc rosé, et supportant des petits vaisseaux. La partie qui est renflée est creusée de cavités oblongues, séparées par des cloisons minces ayant le même aspect que le tissu du pédicule. Le grand diamètre de ces espèces d'aréoles est suivant la longueur du polype, et elles s'ouvrent à l'extérieur par des espèces de fentes. Dans l'intérieur, est du mucus comme glaireux, d'un blanc légèrement laiteux. De toutes ces cavités, celles qui sont à la périphérie sont les plus étroites; celles du centre, très-spacieuses. En bas, le polype est convexe, et correspond au cul-de-sac d'une des cavités; la surface extérieure est lisse.

IX[e] Observation (communiquée par M. Jarjavay). — Le 15 septembre 1848, est entré à l'hôpital Saint-Antoine la nommée Jourdain, âgée de trente-huit ans, domestique; cette malade était couchée au n° 17 de la salle Sainte-Marthe. Elle a eu trois enfants; le dernier, il y a trois ans. Depuis deux ans environ, des écoulements blancs ont amené une grande fatigue, une couleur pâle de la face, et la perte de l'appétit; des hémorrhagies se sont manifestées de temps à autre, dans le dernier mois qui a précédé l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le 16 septembre, on constate par le toucher une tumeur lisse qui, mobile dans le vagin, tient par un pédicule étroit à la face intérieure de la lèvre postérieure du col utérin; son extrémité inférieure est convexe et atteint le niveau de l'orifice vulvaire; quelquefois cette tumeur a fait saillie à la vulve, de manière à écarter ses lèvres.

Le 17, des ciseaux ordinaires étant conduits le long de l'indica-

teur, sont placés entr'ouverts sur le pédicule saisi entre le pouce et l'indicateur, pendant qu'un aide pousse l'utérus vers la vulve au moyen des pressions exercées sur l'hypogastre. La pression des branches de l'instrument sépare d'un coup le polype de l'utérus.

La surface de la tumeur est couverte de trous qui conduisent dans des canaux terminés en cul-de-sac, et qui parcourent l'épaisseur du produit morbide. Dans l'intérieur, se trouve une grande cavité, qui s'ouvre à l'extérieur par une lacune : ces canaux et cette cavité sont remplis d'un mucus glaireux, que l'on exprime par la pression. Une coupe pratiquée transversalement sur le polype donne une surface criblée d'orifices; on voit que la masse est, pour ainsi dire, aréolaire ; dans chaque cavité, se trouve du mucus comme celui dont il vient d'être question. Entre les cavités existe un tissu gris rosé, analogue au tissu utérin, et qui est très-serré dans le pédicule, à la surface duquel on voit des petits vaisseaux remplis de sang; ils sont longs et presque droits.

La malade se tint au repos dans la position horizontale; un écoulement sanguinolent, qui succéda d'abord à l'opération, cessa au bout de huit jours. La femme Jourdain sortit de l'hôpital parfaitement guérie, le 5 octobre.

Xe Observation. — Dans la salle Sainte-Rose, de la Charité (service de M. le professeur Gerdy), était couchée au n° 14 la nommée Marie-Antoinette Tellier, femme de ménage, âgée de quarante-deux ans, et qui s'était jusqu'alors bien portée. Réglée d'assez bonne heure, sans bien préciser l'époque, elle a eu sept enfants à des intervalles assez éloignés; elle est entrée à l'hôpital le 18 novembre dernier. Depuis cinq mois, elle s'étonnait, disait-elle, de voir revenir des règles abondantes, en même temps qu'apparut une petite leucorrhée jaunâtre, quelquefois albumineuse, cela accompagné de très-légères douleurs aux lombes et aux aines; du reste, toutes ses fonctions marchaient comme d'habitude, et elle n'entrait à l'hôpital que pour suivre l'avis des personnes qui la conseillaient de ne

pas négliger une maladie qui pourrait devenir grave, avis sage dont on devrait se rappeler plus souvent qu'on ne le fait généralement.

Voici ce que donnait l'examen direct. Le toucher faisait sentir un col de l'utérus un peu plus grand qu'ordinairement, mais qui conservait sa consistance; au milieu du col, entre les lèvres du museau de tanche, on apercevait une petite tumeur ronde, résistante, de la grosseur d'une petite cerise, qui avançait un peu dans le vagin; le toucher ne provoquait de la douleur ni sur le col ni sur la tumeur. Le speculum n'a rien ajouté aux données fournies par le toucher, si ce n'est qu'il nous montra la couleur rouge vive de la petite tumeur. M. Gerdy pratiqua l'ablation de ce petit polype le 22 novembre; il essaya d'abord de l'enlever avec des ciseaux, et il finit l'opération avec une pince, en tordant ce corps morbide, qui fut arraché par lambeaux, que je pris entre les mors de la pince. L'écoulement de sang fut très-petit, et la malade souffrit à peine; elle conserva cinq ou six jours un écoulement sanguinolent; la guérison marcha rapidement, et elle sortit de la Charité le 5 décembre.

Quant à la structure du polype, la manière dont il fut arraché ne me permit d'autre examen que celui qui fut fait au microscope par M. Robin, qui me montra tous les éléments des œufs de Naboth, entre autres un magnifique lambeau d'épithélium cylindrique métamorphosé en épithélium pavimenteux. Par conséquent l'examen anatomique vint pleinement confirmer notre diagnostic.

SYMPTOMATOLOGIE.

Si on pense à la petitesse de la surface malade, au peu de sensibilité du col utérin, à la lenteur avec laquelle cette affection s'établit, on comprendra sans peine qu'aucun signe bien marqué ne vienne avertir tout d'abord de la présence de la maladie. L'attention de la malade n'est pas vivement attirée sur l'état des organes

génitaux, et les premiers symptômes, nullement effrayants, sont considérés par elle comme une maladie légère. Ainsi ce n'est jamais dans les premiers temps de l'évolution du produit morbide que le médecin est consulté; dès qu'il l'est, il peut déjà constater deux ordres de signes : les uns sont physiques, les autres rationnels.

1° *Signes physiques.* — Comme je l'ai déjà dit plus haut, la situation des tumeurs change ou plutôt modifie leur symptomatologie, et cette modification porte particulièrement sur les signes physiques. Ceci nous engage à suivre la route que M. Huguier a tracée dans le mémoire tant de fois cité déjà dans ce court travail, mémoire où il distingue les kystes en ceux qui sont à la partie visible du col et ceux qui sont renfermés dans sa cavité.

A. Les premiers sont, pendant tout leur développement, accessibles au toucher; par ce moyen, on sent les tumeurs qui sont variables pour le volume et le nombre, comme nous l'avons déjà indiqué à l'article *Anatomie pathologique*. Nous avons vu que ce volume varie depuis le petit pois, qui soulève un peu la muqueuse, et qu'on a de la peine à distinguer, jusqu'à ces énormes tumeurs qui remplissent et sortent de la cavité du vagin pour s'offrir d'eux-mêmes à l'examen du chirurgien, qui laissent contourner leur pédicule, et qui ordinairement présentent des petites bosselures et des petites cavités, qui sont, comme nous le savons déjà, d'autres follicules hypertrophiés greffés sur le polype avec ou sans ouverture à la surface externe de la production morbide. Le doigt qui touche trouve les tumeurs glissantes, abreuvées qu'elles sont par le mucus qu'elles sécrètent abondamment, résistantes, et ordinairement sans fluctuation même pour les kystes et les polypes creux, ce qui tient d'une part à l'épaisseur de leurs parois relativement considérables, et d'une autre à la distention extrême que produit le mucus accumulé trop à l'étroit dans le follicule hypertrophié. Si ces conditions n'existent pas, alors les tumeurs sont souples, se laissent déprimer, et on peut sentir très-nettement, au point où les kystes

adhèrent au tissu qui les supporte, une dépression cupuliforme qui est creusée aux dépens de ce tissu, dépression qui fait partie de la cavité du kyste, qui s'enchâsse, pour ainsi dire, entre les fibres du col ou du polype mère. Le toucher, qui ne cause pas de douleur sur les tumeurs elles-mêmes, détermine quelquefois de petites hémorrhagies.

L'examen au speculum fait voir aussi les différences d'aspect, de volume, de forme, différences sur lesquelles nous avons déjà assez insisté pour ne pas nous répéter ici. La couleur est ordinairement la même que celle du col ou un peu plus rouge; elle est quelquefois gris-perle, ardoisée; quelquefois comme transparente, ce qui arrive quand la tumeur est grande, tendue et superficielle; d'autres fois la muqueuse qui reçoit ces produits est plus ou moins congestionnée, se creuse de veines bleuâtres, et cette dernière circonstance pourrait induire en erreur en faisant penser à une dégénérescence.

B. Les tumeurs renfermées dans la cavité du col ne donnent pas, comme on le pense bien, de signes physiques, tant qu'elles restent dans cette cavité; elles déforment le col utérin, comme toutes les autres tumeurs qui y sont situées, et dès qu'on peut les apercevoir soit par suite de leur accroissement, soit par la dilatation artificielle du col, elles présentent les mêmes caractères que celles de la première catégorie, excepté que, dans ce dernier cas, elles offrent une flaccidité presque constante, due, d'après M. Huguier, à la cessation de la compression qu'exerçait le col, cessation qui met à son aise (si je peux me servir de cette expression) le liquide contenu dans les kystes. Inutile de dire que tous ces signes manqueraient si ces produits morbides se dirigeaient vers la cavité du corps de l'utérus, au lieu de tomber dans celle du vagin.

2° *Signes rationnels.*—Quoique les signes rationnels ne puissent exister qu'après le développement de la maladie, c'est-à-dire qu'après les signes sensibles, ils sont observés avant ceux-ci; nous en

avons donné la raison au commencement du paragraphe précédent. Quelquefois même ils existent seuls, et ce cas arrive quand les polypes se dirigent du côté de l'utérus et se soustraient ainsi au toucher et au speculum. Ici la dilatation forcée du col, le débridement même simple ou multiple de cet organe, sont nécessaires pour acquérir la conviction de leur existence, puisque, comme on va le voir, les signes rationnels seuls appartenant aussi à d'autres affections sont insuffisants pour établir le diagnostic. Cette dilatation, ce débridement, doivent être faits toujours dans le cas que nous supposons, parce que ces moyens sont non-seulement indispensables pour connaître la nature de la maladie, mais parce qu'ils constituent le premier temps de l'opération pour l'ablation de ces tumeurs.

Nous avons vu, dans les observations rapportées plus haut, qu'un des premiers symptômes accusés par la malade consiste dans un écoulement catarrhal, séro-purulent, séro-sanguinolent, et surtout, ce qui est presque pathognomonique, un écoulement clair, consistant, filant, comme de la synovie, et qui est quelquefois si abondant qu'il relâche les parties génitales, gêne considérablement les malades, et les épuise, même quand il existe seul, sans perte de sang, ce qui est rare.

En effet, nous avons toujours vu ce symptôme accompagner la maladie. Au commencement les règles sont irrégulières, fréquentes et abondantes; bientôt apparaissent de véritables hémorrhagies, et ces apparitions sont causées par la moindre fatigue, les secousses physiques et morales, le coït, le toucher, etc.; celles-ci, se répétant à la moindre occasion, amènent avec elles l'anémie et ses suites.

A ces signes, viennent se joindre du malaise, de la gêne, rarement de la douleur aux parties génitales, de même qu'aux lombes, à l'hypogastre, aux aines et à la partie interne des cuisses.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

Ces polypes ont, comme tous les autres, une période d'innocence

et une autre de méchanceté, pour me servir des expressions de M. le professeur Gerdy ; leur accroissement se fait lentement, chroniquement, et d'une manière périodique; ce qui tient sans doute à la périodicité ordinaire des congestions utérines qui hâtent leur développement.

La distinction de ces deux périodes et leur durée varient beaucoup selon la susceptibilité de l'organe et de l'individu; telle production morbide sera maligne dès qu'elle apparaîtra, c'est-à-dire causera des douleurs, des leucorrhées abondantes, des métrorrhagies continuelles; tandis que telle autre, complétement développée, pendante hors de la vulve, ne donnera que de la gêne, des légères flueurs blanches, et aura seulement rapproché et augmenté les règles. Le genre de vie de la malade y est pour beaucoup : la fatigue, la marche, le coït, etc., tout ce qui amènera la congestion utérine précipitera la marche de la maladie, toutes choses étant égales d'ailleurs.

Il doit être rare, difficile, pour ne pas dire impossible, que ces tumeurs cessent de s'accroître ou se terminent heureusement sans les secours de l'art. Les pressions inévitables dans l'organe où elles se trouvent, les congestions si fréquentes de l'utérus, l'irritation que ces produits mêmes entretiennent, doivent rendre probable cette hypothèse. Dans les cas que je connais où l'art a intervenu trop tard, les malades sont mortes anémiées par des pertes abondantes, bien qu'il y eût des lésions concomitantes capables à elles seules d'expliquer l'issue funeste de la maladie.

Il y a encore une autre terminaison de la maladie que M. Robin m'a appris, dont je ne connais pas d'exemple, terminaison grave et qui consiste dans la transformation de ces produits morbides, qui ne sont pas de nature maligne, en *cancroïde épithélial,* analogue aux tumeurs épidermiques du pourtour des lèvres, des paupières, etc., qui font, comme on le sait, de si grands et rapides ravages. Ce *cancroïde* consiste, ainsi que je l'ai dit dans l'anatomie pathologique, dans l'hypertrophie des cellules épithéliales avec ou sans l'atrophie

des parois des follicules. Ce que j'en ai déjà dit me dispense d'entrer ici dans d'autres détails.

ÉTIOLOGIE ET MODE DE FORMATION.

Avec un si petit nombre d'observations, il est impossible de formuler les causes de la maladie qui fait le sujet de notre thèse, d'autant plus que l'étiologie de toutes les hypertrophies n'est pas toujours très-claire. Cependant nous allons donner toujours un aperçu des *circonstances* où se développent ces kystes et polypes, nous fondant toujours sur les observations de M. Huguier et sur celles que nous avons présenté.

Et d'abord nous voyons que les professions et le plus ou moins d'aisance des individus n'influent pas extrêmement sur le développement de la maladie, puisque nous avons des exemples dans toutes les classes de la société... depuis la marquise jusqu'à la femme de peine. La marche de la maladie, avons-nous dit, nous paraît avoir un plus grand rapport avec le genre de vie de la malade.

Quant à l'âge où elle apparaît, il semble qu'elle est plus fréquente dans la période d'activité de l'utérus, et qu'elle peut venir plus tard, mais pas plus tôt. Nous voyons nos malades avoir depuis vingt-quatre jusqu'à soixante-six ans.

Si les professions et l'âge ne nous disent pas grand'chose, il n'arrive pas de même avec les habitudes sexuelles et surtout la grossesse, et cela se comprend parfaitement. Les kystes folliculaires de la matrice et les polypes utéro-folliculaires étant, comme nous l'avons tant répété, une hypertrophie des glandules de Naboth, c'est-à-dire des follicules chargés de la sécrétion du *bouchon gélatineux*, sécrétion qui ne se fait activement que dans cette circonstance, il est très-physiologique que des organes condamnés à l'inaction ne soient pas très-disposés à l'hypertrophie; bien au coutraire, les follicules de Naboth doivent suivre les lois qui régissent les autres organes, ne commencer à vivre qu'avec le stimulus qui réveille leurs

fonctions, et s'atrophier avec le reste de l'appareil générateur quand celui-ci est devenu impuissant, inutile; nous avons, en effet, constaté des grossesses dans toutes nos observations.

M. Huguier compare la formation de ces kystes à celle de ceux de l'ovaire, et il croit que tout ce qui fermera plus ou moins l'orifice des glandules, tout ce qui augmentera l'action des follicules, est capable d'en déterminer l'hypertrophie... inflammation et engorgement chronique de la muqueuse, catarrhe de cette membrane, sa congestion simple ou provoquée par la présence d'un corps fibreux ou de toute production; enfin tout ce qui pourra exciter directement ou indirectement l'action des follicules, ou gêner la sortie de la matière sécrétée, peut devenir cause de leur hypertrophie.

DIAGNOSTIC.

Mon intention n'est pas de reproduire ici les caractères qui distinguent les polypes utérins des autres productions morbides de cet organe, ni de faire voir les signes qui font reconnaître l'utérus lui-même renversé, simulant un polype. A cet égard, les polypes utéro-folliculaires rentrent tout à fait dans l'étude des polypes de la matrice en général, et les moyens qui servent pour le diagnostic des uns, sont entièrement applicables aux autres. Je veux seulement insister ici sur les caractères les plus saillants des polypes dont je m'occupe; mais avant je vais signaler, d'après M. Huguier, les raisons qui font confondre plus facilement ce genre de polypes avec le renversement de la matrice; il suffira de signaler ces causes pour redoubler d'attention et chercher à éviter les méprises qu'elles occasionnent. Ce sont leur forme, quelquefois ovoïde ou conoïde; leur structure analogue à celle de la matrice; l'ouverture d'un follicule circulaire ou fissural et semblable au museau de tanche; l'écoulement par cette ouverture d'un mucus en tout pareil à celui de la cavité du col; l'écoulement du sang au moment des règles, par cette ouverture ou par la surface de la tumeur; et enfin, une cavité plus ou

moins étendue, tapissée par une membrane muqueuse, et dans laquelle un stylet peut pénétrer comme dans celle de l'utérus.

Maintenant, quant au diagnostic différentiel avec les autres polypes, il sera fait avec les signes physiques : siége, toujours sur le col; forme plus ou moins régulière; surface couverte ordinairement de petites bosselures; leucorrhée blanc d'œuf, presque pathognomonique; ponction exploratrice des kystes, s'ils sont tout à fait fermés, ponction qui donne le mucus en question; par conséquent, dilatation du col ou son débridement, pour pouvoir examiner ceux qui sont encore dans la cavité du col, ou qui se sont développés vers le corps de la matrice. Tous ces signes sont encore insuffisants; le seul qui ne trompe jamais, le seul qui permet de jurer qu'on a affaire à une de ces tumeurs, consiste dans l'examen anatomique au scalpel d'abord, puis au microscope (voy. *Anatomie pathologique*).

PRONOSTIC.

Si cette affection existait toujours seule, nul doute que le pronostic serait très-peu grave, et il resterait avec ce caractère tant qu'on ne trouverait pas la troisième variété d'hypertrophie que nous avons signalée d'après M. Robin, l'hypertrophie de l'épithélium, qui forme un cancroïde du col très-grave. Mais il faut encore faire une restriction : je suppose que l'art intervienne assez tôt pour ne pas laisser périr la malade d'anémie, suite des métrorrhagies, et pour empêcher que les douleurs et la leucorrhée n'épuisent pas le sujet, et ne le disposent au développement d'autres maladies graves. En effet, sans complications, nous avons vu constamment les malades guérir très-rapidement, sans accidents et sans souffrances. Malheureusement les complications sont fréquentes, d'après M. Huguier, et graves; mais alors le pronostic ne porte pas plus sur nos kystes et polypes, qui deviennent, pour ainsi dire, des accidents, mais sur les lésions concomitantes.

TRAITEMENT.

Le traitement de ces kystes et polypes est essentiellement chirurgical ; il ne faut pas perdre de temps avec des palliatifs, qui seraient dangereux en aggravant ensuite l'opération, la malade étant épuisée par des pertes rouges et blanches ; peut-être aussi, en temporisant, on donnerait le temps pour se développer à cette redoutable troisième variété d'hypertrophie, qu'il ne faut pas oublier un instant, parce qu'elle a pour effet de changer tout à fait le caractère bénin de la maladie.

Et il faut temporiser d'autant moins, que l'opération est ordinairement facile, sans accidents, et presque sans douleurs. Après l'ablation du produit morbide, quelques jours de repos dans une position convenable, une diète qu'on règlera d'après l'état général de l'opérée, des soins de propreté, suffisent ordinairement pour mener à bonne fin la maladie.

Quant à l'opération en elle-même, rien de si simple : l'incision seule pour les petits kystes, l'incision avec la cautérisation, l'excision de leurs parois, suffisent ordinairement ; l'ablation d'un coup de ciseaux, ou avec un bistouri boutonné, pour les polypes qu'on peut atteindre et qui ne sont pas très-forts, est le moyen le plus rapide et le meilleur ; pour les polypes qui seraient aussi développés que celui de la planche 3, on l'attirerait à la vulve avec des pinces de Museux, et on en ferait justice, comme de tout autre polype.

La tâche serait plus difficile, si ces corps morbides étaient encore dans la cavité du col ou dans celle de l'utérus ; j'ai déjà dit que pour le diagnostic, il fallait dilater le col ou le débrider, et que ceci était le premier temps de l'ablation de ces tumeurs. La dilatation se fait beaucoup mieux pendant l'époque des règles, et on peut se servir pour cela du dilatateur de M. Huguier. Le débridement simple ou multiple du col n'est ni dangereux ni douloureux, et il doit faciliter

singulièrement l'opération ; ainsi nous n'hésiterions pas à avoir recours à ces moyens dans les cas que nous indiquons.

L'hémorrhagie est le seul accident à redouter dans l'opération, pourtant les observations ne nous la montrent pas effrayante. La position, les réfrigérants, les styptiques à l'intérieur et à l'extérieur, doivent suffire à parer cet accident dans l'immense majorité des cas. C'est par cette raison que la ligature de ces polypes n'est jamais nécessaire.

HISTORIQUE.

Ce ne fut qu'en 1847 que M. Huguier, dans ses deux intéressants articles publiés dans le tome 1er des *Mém. de la Société de chirurgie de Paris,* traça l'histoire des kystes folliculaires de la matrice, et qu'il décrivit nettement la structure des polypes, qu'il nomma utéro-folliculaires. Avant lui, personne ne s'en était occupé d'une manière spéciale ; beaucoup d'auteurs en avaient donné d'exemples, mais sans les rattacher à un genre tout à fait à part, et sans comprendre leur véritable structure. C'est dans ses mémoires, que nous avons mis largement à contribution, que M. Huguier passe en revue les cas qui se rapportent à son sujet, et qu'il nous raconte les singulières méprises auxquelles ils ont donné lieu. Je renvois une dernière fois mes lecteurs à ces remarquables travaux, et je me plais à reconnaître qu'avant M. Huguier, l'histoire de ces produits morbides était encore à faire. Cependant M. Cruveilhier en parle, mais d'une manière tout à fait accidentelle, dans son Anatomie pathologique ; et il paraît que Portal et Gooch, cités par Robert Lee, avaient déjà connu leur véritable origine et leur véritable organisation, témoin le passage suivant d'un très-intéressant mémoire de Lee, sur les tumeurs fibro-calcaires et les polypes de l'utérus, lu à la Société médico-chirurgicale de Londres, et publié en France dans le n° 24 de la *Gazette médicale de Paris*, année 1838 : « Une quatrième variété des polypes utérins est celle qui résulte de l'hypertrophie des glandes ou *ovula Nabothi*.

Un de ces corps se convertit quelquefois en kyste, du volume d'une noix ou même d'un œuf de poule, et pend, par un pédicule mince, du col ou des lèvres du museau de tanche. Cette tumeur est lisse et vasculaire, et contient parfois une matière analogue à du lait caillé, ou bien un liquide filant et jaunâtre; elle produit une grande irritation, et donne naissance à des écoulements abondants de matière mucoso-sanguine par le vagin. Sur une pièce qui m'a été présentée par M. John Wood, on voyait plusieurs glandes hypertrophiées pendre du col de la matrice par des pédicules minces et allongés. Une de ces glandes, du volume d'une noix, avait une surface lisse; coupée, elle a offert, à son intérieur, une matière jaune et molle. J'ai rencontré depuis plusieurs autres exemples de cette affection. Herbiniaux a décrit cette espèce de tumeur, sans en avoir pourtant connu la nature. »

« Portal a dit très-clairement que des excroissances naissent quelquefois au col de l'utérus, par hypertrophie des follicules de cette partie, comme au nez et à la mamelle. M. Gooch a décrit également les petites tumeurs dépendant des glandes ou follicules du col utérin, mais il ne les distingue pas des autres variétés de polypes. MM. Andral et Boivin en ont également fait mention, mais ce dernier auteur les confond avec les tumeurs fibreuses.

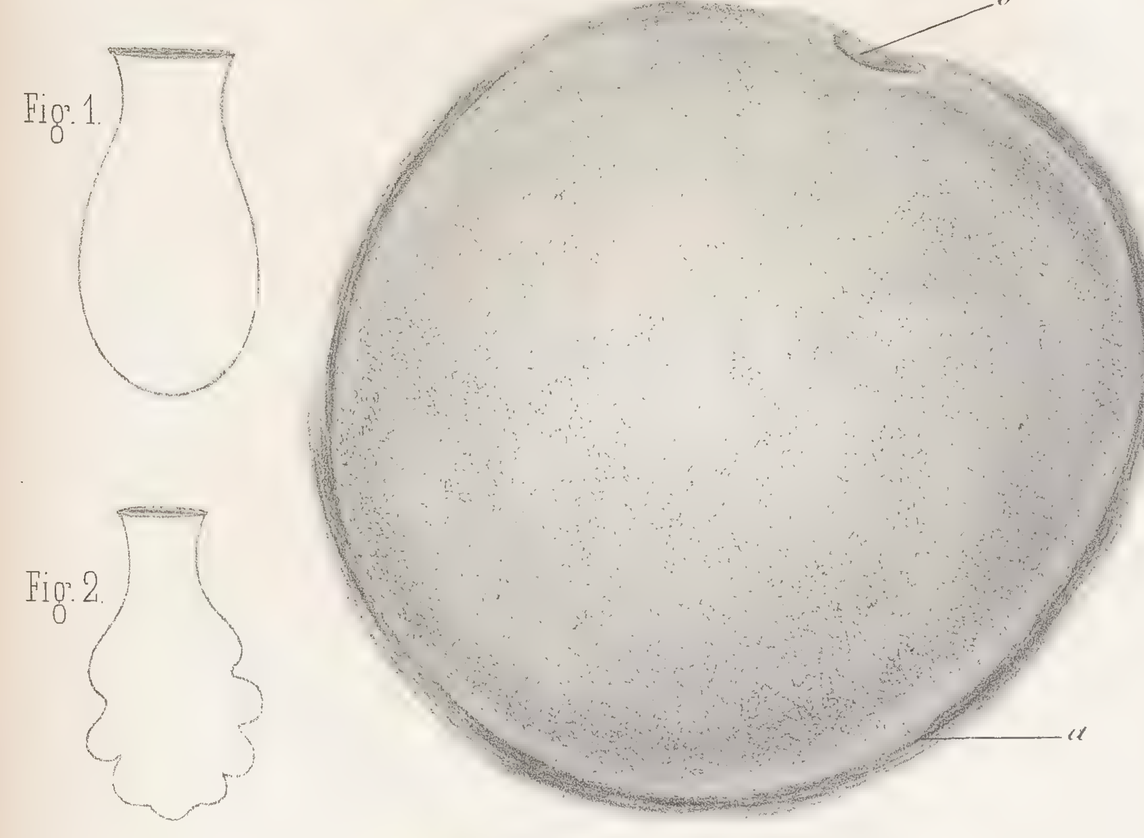
Après 1847, je n'ai trouvé publié que l'appendice que M. Robin met à la fin de son mémoire sur la muqueuse utérine; cependant je n'ignore pas que M. Robin a poursuivi ses savantes recherches sur ce point, et qu'il a été le sujet d'observations cliniques de la part de M. Jarjavay.

Tel est le petit travail que je présente pour thèse inaugurale. Je regrette amèrement de n'avoir pu lui donner l'étendue et les développements que le sujet comportait, mais ceci était au-dessus de mes forces; et je prie mes honorables juges de l'accepter avec l'indulgence que demande un premier essai, ébauché à grands traits sur

les bancs où j'ai reçu leurs savantes leçons. Je commence peut-être aujourd'hui la noble et difficile mission que je me suis imposée; tous mes efforts tendront à la remplir dignement et à soutenir la belle devise de la Société de chirurgie de Paris, que j'ai déjà écrite sur mon drapeau : « Vérité dans la science, moralité dans l'art ! ! »

Planche I.





Ch. Robin, ad nat. delin^t. Imp. Bertauts, Paris. Cisneros, lith.

EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE Ire.

Je la dois à l'obligeance de M. C. Robin, qui s'est tant occupé de la muqueuse utérine, sous le rapport de sa structure intime.

Fig. 1re. Figure schématique d'une des glandes de la muqueuse du col utérin et du museau de tanche; elle est grandie trente à quarante fois, et représentée avec la régularité de forme qui se rencontre assez fréquemment dans ces glandes.

Fig. 2. C'est une de ces mêmes glandes, dont la plus grande partie est couverte de renflements en forme de culs-de-sac rudimentaires. Cette variété est peut être plus fréquente que la précédente; c'est ce qui semble résulter de l'examen de ces glandes hypertrophiées pathologiquement. Cette figure est encore schématique, car la minceur des parois et leur extrême adhérence au tissu de la muqueuse du col font qu'on ne peut presque jamais obtenir la préparation d'une glande tout à fait entière.

Fig. 3. Elle représente des cellules d'épithélium, que l'on trouve à la face interne des glandes de la muqueuses du col; c'est un épithélium cylindrique, les cellules qui se trouvent à l'orifice de la glande et au voisinage de cet orifice sont pourvus des cils vibratils; leur extrémité adhérente est ordinairement aussi large que leur extrémité libre; leur noyau a constamment un nucléole; elles ne présentent d'autre part rien de particulier. *a* représente des cellules libres; *b*, des cellules adhérentes les unes aux autres. Cette figure est dessinée à 600 diamètres.

Fig. 4. Lambeau de cet épithélium glandulaire vu de telle sorte, que l'extrémité libre des cellules est tournée du côté de l'observateur. Elle est dessinée à 800 diamètres : elle permet de voir la forme des cellules, comme si on en avait fait une coupe transversale; on voit ainsi que les cellules ne sont pas cylindriques, mais prismatiques à cinq ou six pans; de là l'aspect pavimenteux des lambeaux d'épithélium cylindrique vus de face.

Fig. 5. Elle représente un petit œuf de Naboth, ou kyste formé par dilatation

d'un des follicules. Il faisait encore à peine saillie à la surface de la muqueuse ; son diamètre est de $^1/_2$ millimètre, il est figuré à 250 diamètres. *a* représente ses parois ; cette paroi est épaisse de 0^{mm},03 à 0^{mm}, 05 ; *b* est l'orifice de la glande devenue œuf de naboth ; c'est à tort que l'on a dit quelquefois que ces glandes étaient closes ; leur orifice existe toujours. Toute la face de ce kyste est représentée tapissée de son épithélium ; c'est le même que nous avons décrit *fig.* 3 et 4. Les contours seuls ont pu être indiqués ; le faible grossissement auquel il a été observé n'a pas permis de donner les détails. On retrouve la même structure dans les plus gros œufs de Naboth ; ce n'est que quand ils atteignent le volume d'une noisette qu'ils manquent quelquefois d'épithélium, probablement parce qu'il a été résorbé, c'est ce qui arrive quelquefois dans les kystes simples du col de l'utérus.

Fig. 6. Partie du même kyste avoisinant l'orifice, afin de montrer la nature des parois (voyez page 7).

Fig. 7. Elle représente les quatres espèces de corps que l'on trouve dans le mucus des glandes de Naboth. *a*, cellules d'épithélium ; *b*, noyaux ovales particuliers ; *c*, corps granuleux ; *d*, petits globules spéciaux à ces kystes.

Fig. 8. Eléments fibro-plastiques particuliers à la muqueuse du col, et spécialement aux parois hypertrophiées des œufs de Naboth. On en voit à la *fig.* 6 constituant ces parois. *a*, première variété de noyaux fibroplastiques ; *b*, deuxième variété ou noyau sans nucléole ; *c*, corps fusiformes fibro-plastiques de la variété étroite, allongée, à noyaux sans nucléole pareils aux noyaux libres figurés en *b*.

PLANCHE II.

Fig. 1. Elle se rapporte à l'observation 8.

A. Polypes renfermant des kystes.
B. Kystes.
C. Ouvertures folliculaires.
D. Vaisseaux.
E. Cloison qui sépare les cavités des follicules.

Fig. 2. Elle appartient à l'observation 7.

A. Ouvertures des follicules sous forme de fentes.

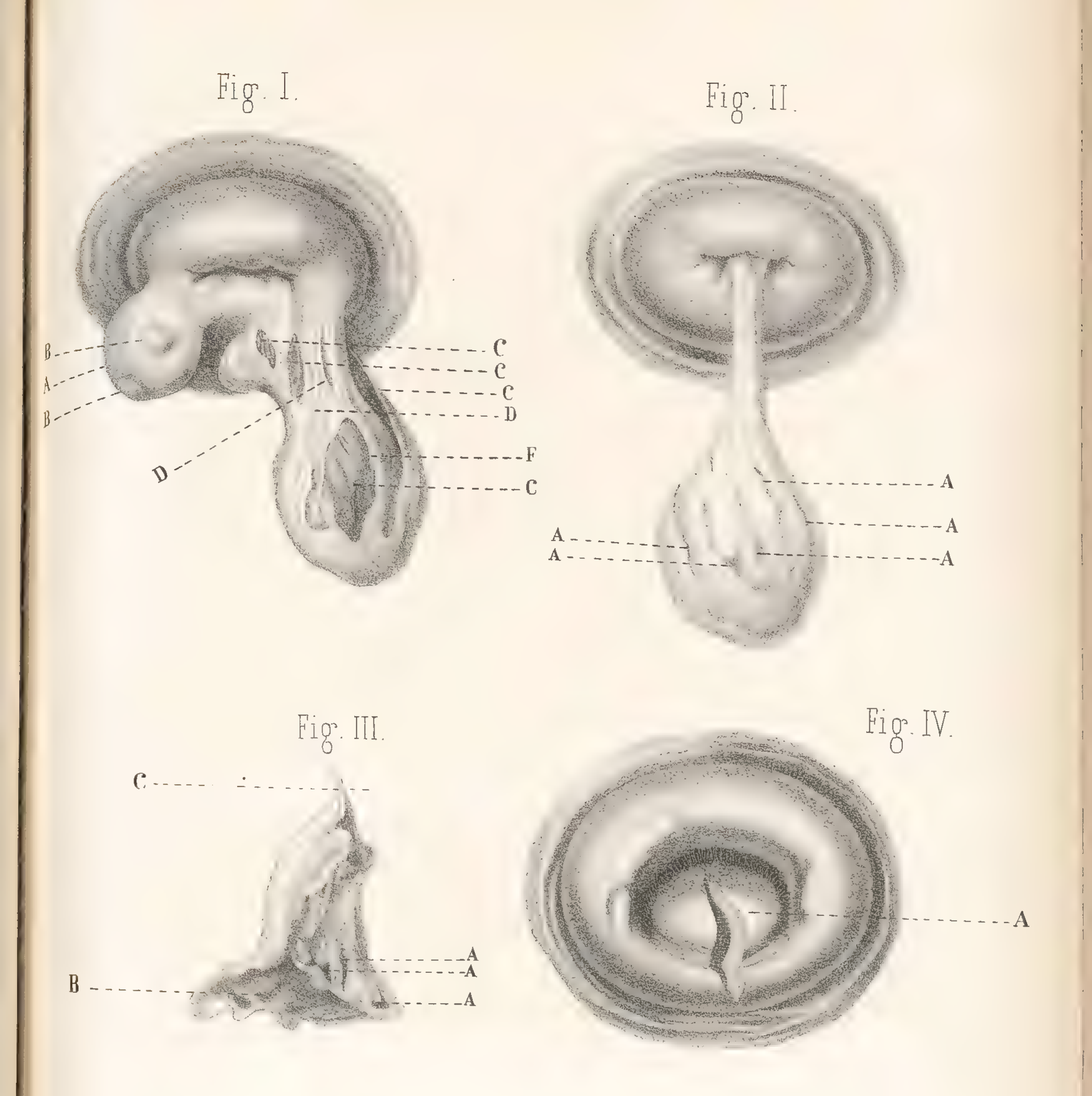
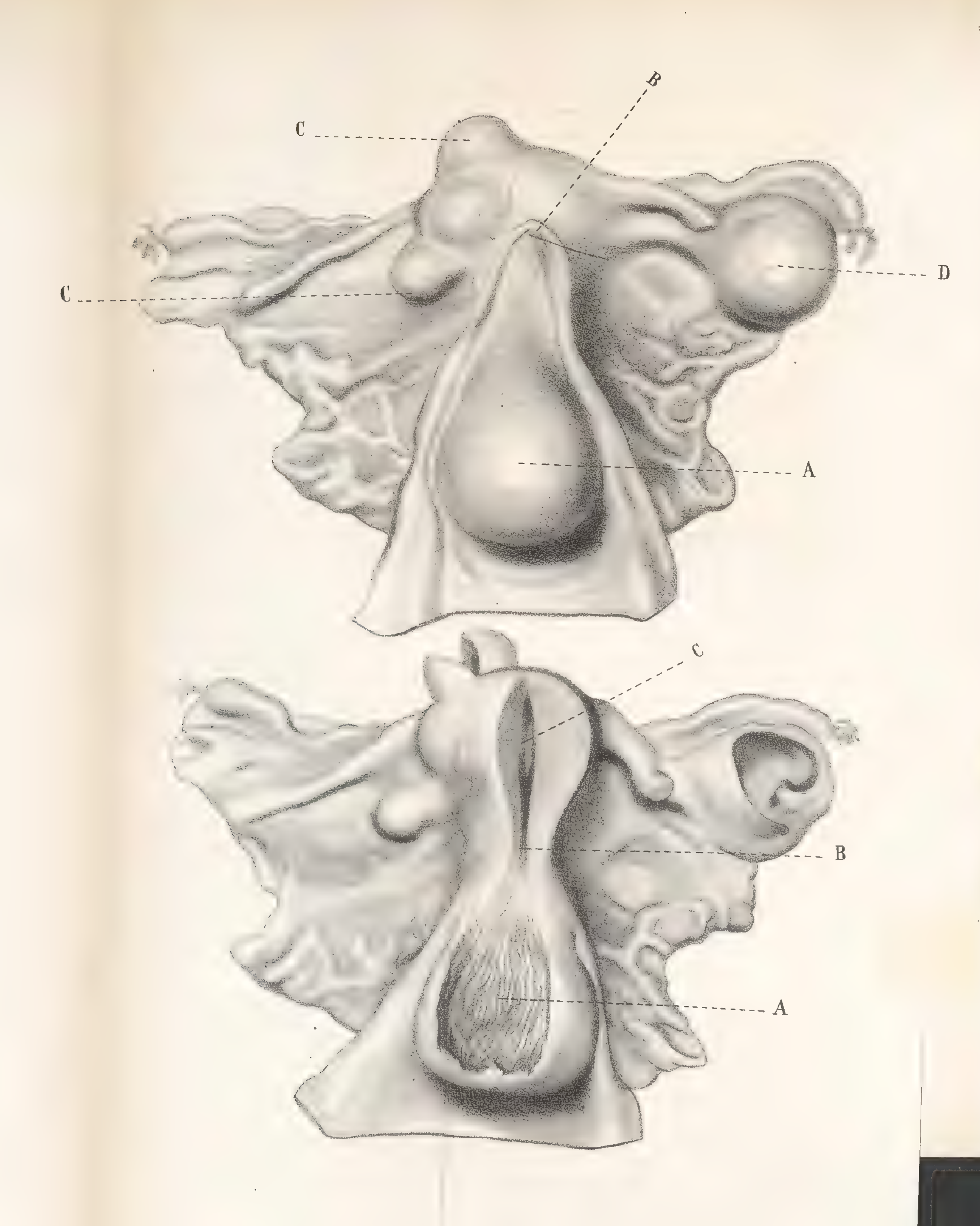

Fig. I.
B
A
B
D
C
C
C
D
F
C
Fig. II.
A
A
A
A
A
A
Fig. III.
C
B
A
A
A
Fig. IV.
A

Planche III.



Cisneros, del et lith.

Imp. Bertaut

Fig. 3. Celle-ci représente un polype qui vient d'une dame opérée par M. le professeur Velpeau, qui a bien voulu donner cette petite pièce à M. Jarjavay.

Comme toutes les autres, elle avait occasionné des écoulements glaireux et des hémorrhagies; comme les autres, elle présente des cavités, mais l'une d'elles est très-spacieuse et a une forme triangulaire. L'orifice est évasé, en sorte que la cavité est infundibuliforme; le polype peut être comparé à une campanule. En dedans l'aspect est rayé, on dirait des rides comme celles du col de l'utérus. Sur le limbe de l'orifice, se trouvent, dans l'épaisseur de la paroi, deux ou trois autres orifices triangulaires qui mènent dans des cavités longues, cylindroïdes, que parcourt facilement un stylet jusqu'au sommet du polype. Celui-ci a un pédicule étroit sur lequel rampent quelques vaisseaux; le tissu des parois est celui du tissu propre de l'utérus.

A. Ouvertures des follicules; ces ouvertures sont triangulaires.

B. Cavité du follicule hypertrophié qui constitue la tumeur.

C. Cavité du polype.

Fig. 4. N'ayant pas, dans mes observations, un seul cas de kystes folliculaires sans polype, j'ai emprunté, pour être complet, cette figure au mémoire de M. Huguier sur les kystes de la matrice.

A. Kyste folliculaire profond situé dans l'épaisseur de la lèvre postérieure. Ce kyste est ouvert pour faire voir sa cavité et l'épaisseur de ses parois.

PLANCHE III.

Cette planche représente deux pièces du musée Dupuytren, marquées *ahb*; elles sont en cire, et ont été données par Chaussier, en 1799. Partout j'ai cherché des notices sur ces pièces, et je n'en ai trouvé nulle part. L'aspect du polype, les fibres qu'on voit dans son intérieur, et surtout l'identité frappante de cette pièce avec celle de l'observation 9, qui malheureusement a été perdue, me font croire qu'elle rentre tout à fait dans mon sujet. J'ai été bien aise de la reproduire ici en la rapportant aux polypes utéro-folliculaires.

Fig. 1. — *A*. Tumeur formée par le polype.

B. Vestige de l'ouverture du col utérin.

C. Corps fibreux de l'utérus.

D. Kyste de l'ovaire gauche.

Fig. 2. — *A*. Cavité du polype; on y voit les fibres hypertrophiées du tissu utérin.

B. Continuité de la cavité du polype avec celle de la matrice.

C. Cavité utérine.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES.

Physique. — Donner les meilleures méthodes de chauffage pour un hôpital.

Chimie. — Des caractères des oxydes de fer anhydres ou hydratés.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base l'ammoniaque et le carbonate d'ammoniaque.

Histoire naturelle. — Des caractères de la tribu des chicoriacées, et indication des médicaments qu'elle fournit.

Anatomie. — Des nerfs du globe de l'œil.

Physiologie. — Des fonctions de la rétine.

Pathologie interne. — De l'hypertrophie en général.

Pathologie externe. — Diagnostic différentiel de diverses espèces d'angine.

Pathologie générale. — Du rôle joué par les altérations du sang dans la production des maladies.

Anatomie pathologique. — Des calculs biliaires.

Accouchements. — Du thrombus de la vulve ou du vagin pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — De l'action de la digitale sur l'homme sain et l'homme malade.

Médecine opératoire. — Du traitement des polypes utérins.

Médecine légale. — Un individu dont on trouve le cadavre pendu a-t-il été pendu pendant sa vie ou après sa mort?

Hygiène. — Des premiers rapports qui s'établissent entre l'enfant nouveau-né et la température atmosphérique.

Vu, bon à imprimer,

RICHARD, Président.

Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de la Seine,

CAYX.

Paris, le 31 décembre 1851.